

SOLICITUD PARA OBTENER ASISTENCIA FINANCIERA

INFORMACIÓN DEL GARANTE	
Nombre: Fecha de Nacimiento: Dirección Postal: Ciudad/Estado/Código Postal: Teléfono:	 <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; margin-left: 20px;"> GRANDE RONDE HOSPITAL </div> <p style="margin-top: 10px;">900 Sunset Drive, P O Box 3290, La Grande, OR 97850</p>

Regrese la solicitud completa a: Grande Ronde Hospital Atención: Programa de Asistencia Financiera PO Box 3290 La Grande OR 97850 Por favor envíe la solicitud a más tardar el:	DOCUMENTACIÓN DE SOPORTE REQUERIDA: Documentos Necesarios: Adjunto encontrará una lista de verificación de los documentos exigidos al presentar esta solicitud. En caso de que los documentos requeridos no sean proporcionados, la solicitud será negada. <i>Toda la información proporcionada es protegida por nuestras pautas de privacidad (HIPAA - Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud)</i>
--	--

Información de su Familia: Por favor enumere TODAS las personas que viven en su hogar. Niños de menos de 18 años

Miembros de la Familia (Escriba en la parte posterior del formulario si necesita más espacio)	Edad y Fecha de Nacimiento	Parentesco con el Garante	Nombre del Empleo Actual	Antigüedad en el Empleo	Otras Fuentes de Ingresos
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

Ingreso Familiar

Descripción	Importe Mensual	Descripción	Importe Mensual	Descripción	Balance
Ingreso Bruto Mensual		Manutención Infantil Recibida		Cuenta Corriente	
Subsidio de Desempleo		Pensión Conyugal Recibida		Cuenta de Ahorros	
Subsidio de Jubilación		Becas Escolares y Ayuda Financiera		Cuenta Corriente Empresarial (Si es un trabajador independiente)	
Pensión, Anualidades, IRA (Cuenta Individual de Jubilación)		Asistencia Pública (Ayuda para la Vivienda de HUD- Departamento Federal de Vivienda y Desarrollo Urbano)		Cuenta de Ahorros Empresarial (Si es un trabajador independiente)	
Cupones Alimentarios		Otras Fuentes de Ingresos		Impuesto Sobre Actividades Empresariales (Si es un trabajador independiente)	

De la manera más completa, por favor responda las preguntas anteriores. Toda información será manejada de forma confidencial. En caso de que tenga alguna pregunta, sírvase a llamar al (541) 963-1400, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.

Autorización

Mediante la presente y según mi leal saber y entender, certifico que el formulario financiero anterior es certero y completo. Autorizo a Hospital Grande Ronde a verificar la información proporcionada; esta verificación podría incluir una indagación del reporte del historial crediticio.

Firma de la Persona Responsable: _____ **Fecha:** _____

****A PARTIR DE AQUÍ, PARA USO EXCLUSIVO DEL HOSPITAL****

Número(s) de Cuenta: _____ MRN (Número de Registro Médico) _____ Saldo Adeudado: _____ Número(s) de Cuenta: _____ Saldo Adeudado: _____ <input type="checkbox"/> SS – SEGURO SOCIAL <input type="checkbox"/> LTR - CARTA <input type="checkbox"/> DEP- DEPOSITO <input type="checkbox"/> FPL- NIVEL DE POBREZA FEDERAL <input type="checkbox"/> APUNTES ÉPICOS <input type="checkbox"/> ESCANEADO	Fecha de Autorización: _____ Número de Personas en la Familia: _____ Ingresos: _____ Porcentaje Aprobado: _____ Ayuda Financiera Anterior: _____ Director de Servicios Financieros Personales: _____ Director de Finanzas: _____
--	--



Grande Ronde Hospital, Inc.

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA PRESENTAR UNA SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

~Cabe señalar que su solicitud no será procesada hasta que se reciba toda la documentación requerida ~

si no cuenta con un seguro médico, por favor presente una declaración explicando por qué no. Si solicitó el PLAN DE SALUD DE OREGON y le fue negada la cobertura, sírvase a proveer la carta de negación.

Nombre de la Compañía de Seguros de Salud:

▪ Seguro Privado: _____

▪ Seguro de Empleo: _____

Maestro o Empleado Temporario:

No Sí, recibo un cheque del empleo en un periodo de: _____ meses

Extractos bancarios de tres meses de **TODAS** las cuentas bancarias, personales y comerciales

Tres meses de los talonarios de pagos recientes de todas las personas que trabajan en el hogar

Copias recientes de la declaración personal de impuestos Estatales y Federales, **TODAS** las páginas y **TODOS** sus horarios

▪ **Si no declara impuestos, presente una declaración escrita explicando por qué no. Si está legalmente obligado a declarar impuestos, este será un requisito para que se procese su solicitud de FA.**

Copia de las declaraciones de impuestos Estatales y Federales comerciales más recientes, **TODAS** las páginas y **TODOS** los horarios

Copia del beneficio de desempleo; Incluya una copia de las declaraciones de pago de desempleo

Copia de la declaración del Seguro Social del año en curso

Copia del documento de la Pensión Conyugal ordenada por un tribunal, que muestra lo que se recibe

Copia del documento de la Manutención Infantil ordenada por un tribunal, que muestre lo que se recibe

Copia de carta de Asistencia para Cupones de Alimentos

Copia de la Ayuda para la Vivienda (es decir, HUD)

Copia de ayuda financiera para estudiantes (préstamos, becas, etc.) del año escolar en curso

Pruebas de cualquier otro ingreso tales como: pensiones, anualidades, etc.

Una carta firmada y fechada por cualquier persona que le esté brindando ayuda, es decir, la vivienda, alimentos, dinero, etc.

Una carta firmada y fechada indicando cualquier circunstancia atenuante (ejemplo: por qué no se dispone de suficiente información). Sírvase proporcionar la mayor cantidad de información posible.

Otros: _____

Si tiene alguna pregunta sobre la redacción de esta solicitud, comuníquese con nuestro Coordinador de Asistencia Financiera al (541) 963-1884.